

ACTAS CLINICAS

BROTE DE ICTERICIAS OBSERVADO EN LA CLINICA MEDICA B

Dr. P. NOGUES RIBAS

SE estudian 12 casos de ictericia ingresados en la Sala de Hombres. El síndrome íctero-ascitis se presentó en 5 de ellos. No se incluyen las ictericias ligeras medicamentosas (por hidracidas, por ejemplo) ni las que se presentan en los cardíacos, especialmente en endocarditis lentas.

Los 12 casos se distribuyen de la siguiente manera: 5 casos de cirrosis hepática; 3 casos de ictericia epidémica; 3 ictericias por obstrucción neoplásica, y un caso de coledocitis.

Insistiremos únicamente en los datos clínicos y de laboratorio que nos sean útiles para el diagnóstico diferencial.

A.-Cirrosis hepáticas

Primer caso. — José M.^a F., de 49 años. Ascitis y edemas desde hace 3 meses. Al ingresar presenta una bilirrubinemia de 2,4 unidades V. d. Bergh, de reacción inmediata; urobilinuria ++; Welt-

mann 7, Takata negativo y formolgelificación negativa. Estas pruebas de laboratorio podrían corresponder igualmente a un caso de insuficiencia cardíaca congestiva. Pero la reacción del colesterol era positiva y había, sobre todo, un rosa de Bengala de 10,8 a favor de cirrosis hepática. No había circulación complementaria. La bilirrubinemia ascendió luego a 16,4 unidades. La necropsia comprobó tratarse de un *brote de atrofia subaguda en el curso de una cirrosis*. Hígado grande (2,5 Kgs.) sin esplenomegalia.

Segundo caso. — Jaime B., de 44 años. Ictericia y ascitis con edemas, que aparecen conjuntamente hace 15 días. Ingresa obnubilado, con temperatura 38,5. Bilirrubinemia de 20 U., Weltmann 7 y Takata negativo. En contra de una enfermedad de Weil, presentaba una V. S. G. poco elevada (15 la primera hora), urea en sangre normal y líquido céfalo-raquídeo

normal. Por otra parte, el cuadro corriente de una «ictericia catarral» que evoluciona hacia la necrosis aguda, no acostumbra a presentar tal volumen de derrames y edemas. Al cabo de un mes salió el enfermo sin molestias, con bilirrubinemia de 2,1, inmediata, con Weltmann 6, Takata negativo y ligera hepatomegalia. Se trató probablemente de un *brote ictero-ascítico con caracteres de ictericia grave en un enfermo etílico, precirrótico*.

Tercer caso. — Alejo P., de 68 años. Ingresar con gran anasarca (peso, 124 Kgs.); circulación complementaria y factor hepático; bilirrubinemia de 2 U., inmediata; Weltmann 3; Takata negativo. La necropsia demostró un *hígado cirrótico*, grande (2,700 grs.) *con metástasis de un adenocarcinoma de ciego*. Esplenomegalia (500 gramos).

Cuarto caso. — José M.^a S., de 61 años. Ascitis desde hace 5 meses, precedida de edemas en piernas. Ictericia, hace dos meses. Al ingresar presenta ligera circulación complementaria; bilirrubinemia de 3,3 U., inmediata; Weltmann 10; Takata +, y Rosa de Bengala de 15,4. La necropsia demostró una *cirrosis de Laenec* con trombosis portal secundaria y varices esofágicas.

Quinto caso. — José S., de 62

años. Ingresar con una polineuritis aguda, con Weltmann 6, Takata negativo y bilirrubinemia de 0,70 unidades retardada. Pero tiene una historia de cuatro años en que ha presentado Weltmann de 9 con Takata positivo y Bilirrubinemias de 2 U., inmediata, con urobilinurias constantemente elevadas. Se califica de *precirrosis evolutiva*.

Comentario

Respecto a la *ascitis*, que fué presente en cuatro de estos cinco casos de cirrosis, hay que resaltar que el Rivalta fué positivo en todos los líquidos. La cantidad de albúmina en los mismos osciló entre 32 y 50 por 1.000.

La aparición de una *ictericia* franca en el curso de una cirrosis, ya con ascitis (caso primero), abocó a un desenlace rápido con el cuadro de la necrosis aguda. En cambio, el caso segundo, en el cual la ictericia y la ascitis aparecen simultáneamente a consecuencia de una ictericia grave, aun cuando ingresa el enfermo obnubilado, logra recuperarse.

La *circulación complementaria* sólo se presentó en dos casos (el tercero y cuarto).

Entre las *pruebas de laboratorio* fué el Rosa de Bengala la más constante.

B. Ictericia epidémica

Primer caso. — Francisco H., de 20 años. Ingresar con una ictericia

intensísima, que se había iniciado unos quince días antes con el cuadro de una ictericia catarral, después de sufrir fuertes contusiones. Bilirrubinemia de 55 U. y reacción del colesterol positiva; V. S. G., 3. En orina había albúmina positiva, cilindros granulosos y Reacción de Millon + + +. Fallece a los pocos días con el cuadro de la *atrofia aguda*. Hígado, 900 grs.

Segundo caso. — Amadeo A., de 37 años. Al ingresar, la ictericia databa ya de mes y medio, y se le presentó en la convalecencia de una pleuroneumonía gripal seguida de tromboflebitis. La Bilirrubinemia era de 36 U. y la reacción del colesterol negativa; V. S. G. 9, Weltmann 7,5. En orina había a l g ú n cilindro granuloepitelial. Fué mejorando paulatinamente, y a los tres meses las exploraciones fueron completamente normales.

Tercer caso. — Francisco U., de 27 años. Comenzó la ictericia hace 13 días. A su ingreso presenta Bilirrubinemia de 28 U. y reacción del Colesterol + + ; V. S. G. de 14 y Weltmann 7,5. En orina había 2 gramos por mil de albúmina y cilindros granuloepiteliales en el sedimento. Hepatoesplenomegalia, que ya presentaba, igualmente que las alteraciones urinarias, varios meses antes, al ser dado de alta de su anterior proceso de «endocarditis lenta». Esta vez mejoró también de la ictericia, siendo dado

de alta al cabo de un mes sin molestias y con Bilirrubinemia de 3,20, inmediata.

Comentario

Estos tres casos de ictericia epidémica, que ingresaron casi simultáneamente en la Sala, junto con el caso de íctero-ascitis (Jaime B. R.), incluido en el grupo de cirrosis, corresponden indudablemente a un «*brote epidémico*» de esta enfermedad de los que periódicamente suelen presentarse.

Es curioso que ninguno de estos tres pacientes pudiera considerarse sano en el momento de adquirir la enfermedad. El primero había sufrido grandes contusiones; el segundo estaba convaleciente de una pleuroneumonía gripal seguida de tromboflebitis; el tercero había sido dado de alta unos meses antes de endocarditis lenta. Seguramente el virus, de poco poder contagiante, necesita para prosperar una gran *caída de defensas*. Es lógico suponer que estas condiciones sean óptimas en los cirróticos: probablemente el caso Jaime B. y con seguridad el caso José María F. (caso primero del grupo de cirrosis). Este enfermo, que llevaba tres meses en la Sala con su cirrosis estacionaria, a poco de ingresar estos casos de ictericia epidémica presentó también ictericia, que evolucionó rápidamente con el cuadro de la necrosis aguda. Conviendría en estos enfermos extremar las medidas profilácticas.

En los tres casos de ictericia epidémica había cilindros granuloso en el sedimento urinario, sin tratarse de enfermedad de Weil. La urea en sangre, en cambio, fué normal en todos ellos, así como la reacción xantoproteica. La presencia de *cilindros en el sedimento urinario* en las ictericias hepáticas, así como la aparición de *poliuria al iniciarse la defervescencia* de las mismas, son dos signos que nos han servido para el diagnóstico diferencial frente a las ictericias por obstrucción mecánica en los casos difíciles.

La *reacción del Colesterol*, que a menudo nos orienta también a favor de hepatitis, fué positiva en dos casos. En el otro fué repetidamente negativa, pero hay que tener en cuenta que al ingresar llevaba ya mes y medio de ictericia.

C.-Ictericias por obstrucción mecánica

Primer caso. — Joaquín C., de 89 años. Ictericia que aparece hace 15 días. Hace 10 días, ascitis (Rivalta positivo) con edemas. La bilirrubinemia a su ingreso es de 39 U. con el cuadro de una obstrucción biliar completa: sublimado blanco en heces y la urobilinuria muy ligeros indicios. Reacción del Colesterol negativa, Weltmann 5; V. S. G. 20 La necropsia demostró una *neoplasia de vesícula biliar calculosa*. La confluencia cístico-hepático-coledoco estaba infiltrada y obstruída.

Segundo caso. — Enrique J., de 70 años. Hace un mes, epigastralgias, astenia y ligera ictericia. Hace pocos días, ascitis. Ingresa con Bilirrubinemia de 6,4 inmediata y reacción del colesterol negativa; V. S. G. 40 y Weltmann 1. La necropsia demuestra una *neoplasia de cuerpo de páncreas* con gran diseminación en hígado (peso, 4 Kgs.), pulmón y peritoneo.

Tercer caso. — Miguel V., de 53 años. Ictericia desde hace 10 días. Al ingresar la Bilirrubinemia era de 24 U. y la reacción del colesterol negativa, V. S. G. 90 y Weltmann 5. Se palpaba un hígado muy grande, polilobulado con nódulos duros. Probable ascitis incipiente. Por presentar serología luética positiva se recomendó un tratamiento de prueba, aunque *probablemente* se trataba de una ictericia *neoplásica*.

Cuarto caso. — José M., de 64 años. Historia de cólicos hepáticos; el último hace tres días, seguido de subictericia y fiebre, Bilirrubinemia 6,4 U., inmediata, con reacción del colesterol negativa. La V. S. G. era de 60 y el Weltmann 5. Vesícula excluída y estómago en caracol. A los diez días es dado de alta sin molestias y con Bilirrubinemia normal (0,4 U. retardada). Se trató de una *ictericia litiasica*.

Comentario

La *reacción del colesterol* fué negativa en todos estos casos de ictericia por obstrucción mecánica. La *urobilinuria*, en el caso Joaquín C., tiene valor por ser precisamente negativa, o sea a favor de una obstrucción completa.

En los síndromes ícteroascíticos tiene valor diferencial la *patocromia de los signos: ictericia y ascitis*. Así, en las ictericias obstructivas y ordinariamente también en los casos de atrofia aguda, lo primero en aparecer es la ictericia,

desarrollándose posteriormente la ascitis. En las obstrucciones litíasicas la ascitis, si es que se presenta, acostumbra a hacerlo tardíamente; en cambio, si la ascitis aparece a los pocos días de instaurarse una ictericia mecánica, es muy probable que se trate de una neoplasia (caso Joaquín C.).

En los cirróticos de ordinario se presenta primero la ascitis, sobre la que puede venir el brote icterico, desde luego grave (casos José M.^a F. y José M.^a S.). En el caso Jaime B. se presentaron simultáneamente ictericia y ascitis.